



Entwicklung einer offenen Austauschplattform "GenderMed-Wiki"





Gliederung

1. Epidemiologie
2. Risikofaktoren
3. Ausblick
4. Literatur



- 70 Prozent aller Suizide erfolgen im Rahmen einer depressiven Erkrankung.
- Männer suizidieren sich dreimal so häufig wie Frauen, wobei Frauen öfter einen Suizidversuch begehen.
- Die erhöhte Suizidrate bei geringerer Suizidversuchsrate bei Männern wird als sogenanntes **Gender Paradox** diskutiert.

Altergruppe (in Jahren)	Suizidrate Männer	Suizidrate Frauen
20-25	11.9 %	3.2 %
60-65	22.9 %	7.1 %
85-90	73.2 %	15.1 %

Tabelle 1. Suizidraten bei Männern und Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen.
[Quelle: NASPRO, 2012]

Risikofaktoren



Der größte Risikofaktor für einen Suizid ist eine psychische Erkrankung. Vor allem **Depression**, aber auch **schizophrene** oder **Suchterkrankungen** erhöhen das Risiko eines Suizides enorm. Dabei werden 90 Prozent aller Suizide mit einer psychischen Erkrankung assoziiert.

Männer	Frauen
<ul style="list-style-type: none">• Suizidale Handlungen in der Familie• Früherer Drogenkonsum• Frühe Trennung der Eltern• Rauchen• Borderline-Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none">• Eigene Suizidversuche• Hostilität• Subjektive depressive Symptome• Rauchen• Borderline-Persönlichkeitsstörung• Wenige eigene Gründe für das Weiterleben

Tabelle 2. (Weitere) Risikofaktoren für einen Suizid bei Männern und Frauen.
[Quelle: Oquendo et al. (2007)]



1. Einer der größten Risikofaktoren ist das Vorhandensein einer Depression. Gegenwärtig besteht noch immer eine gesellschaftliche **Depressionsblindheit** bei Männern und damit eine deutliche Unterdiagnostizierung.

→ Deshalb: fundierte Kenntnisse von Geschlechterunterschieden in der Phänomenologie von Depressionen sind notwendig.

2. Geschlechtersensible Suizidpräventionen sind selten. Ein Zugang für präventive Maßnahmen bei Männern könnten Präventionsprogramme am Arbeitsplatz sein.

3. Generelles Umdenken von Geschlechterrollen ist nötig, um (u. a.) die Akzeptanz psychischer Krankheiten bei Männern zu fördern und das Hilfesuchverhalten zu erhöhen.



- Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth B. DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsbl. 2012; 55(6-7):775–80.
- Gullestrup, J., Lequertier, B., & Martin, G. (2011). MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. International journal of environmental research and public health, 8(11), 4180–4196. doi:10.3390/ijerph8114180
- NASPRO. (2012). Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland 2012: Suizidzahlen und -raten 1990-2012 in Deutschland.
- Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & J John Mann, M. D. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. American Journal of Psychiatry.
- Wahlbeck K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Wolfersdorf, M., & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), Programmbereich Gesundheit. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (2nd ed.). Bern: Hogrefe.
- Wolfersdorf, M. (2009). Männersuizid: Warum sich "erfolgreiche" Männer umbringen - Gedanken zur Psychodynamik. Blickpunkt der Mann, (7), 38–41.



Dank

Dieses Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01FP1506 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor/-innen.

